UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 3

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE

AVEC SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1911

PAR

Anna JUSÉPHOVITCH

Née à Odessa (Russie), le 28 juin 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse — RAUZIER, Professeur, *Président.* — DUCAMP, Professeur — LEENHARDT, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE
avec Sclérose en Plaques

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 3

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE

AVEC SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1911

ACAD. MED. BIBL.

PAR

Anna JUSÉPHOVITCH

Née à Odessa (Russie), le 28 juin 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse { RAUZIER, Professeur, *Président.* / DUCAMP, Professeur / LEENHARDT, Agrégé / EUZIÈRE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N.....
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *Président.*	MM. LEENHARDT, *Agrégé.*
DUCAMP, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE MADAME OKS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. JUSÉPHOVITCH.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A. JUSÉPHOVITCH.

En terminant nos études, nous tenons à remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous.

A M. le professeur Rauzier, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous devons le meilleur de notre instruction médicale. Quel que soit le lieu où nous serons, nous essaierons toujours de mettre en pratique les bons principes que nous avons pu acquérir dans son service. Il nous a témoigné une bonté sans bornes qui nous touche profondément. Nous ne saurons jamais comment lui témoigner notre reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur Ducamp pour l'honneur qu'il nous fait en siégeant à notre thèse. Son enseignement a toujours été pour nous très utile.

Nous remercions aussi MM. les professeurs agrégés Leenhardt et Euzière d'avoir bien voulu siéger à notre thèse.

Que M. le professeur Mairet, dans le service duquel nous avons rempli pendant plusieurs mois les fonctions d'externe, veuille bien recevoir ici l'expression de notre gratitude.

Nous voulons enfin remercier bien cordialement M. le docteur Roger, chef de clinique médicale à la Faculté, qui nous a toujours témoigné tant de bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE

avec Sclérose en Plaques

INTRODUCTION

En 1883, Westphall rapporta deux observations dans lesquelles, ayant fait le diagnostic de sclérose multiloculaire du vivant du malade, il ne découvrit à l'autopsie aucune plaque de sclérose, aucune altération appréciable des centres nerveux.

Il inaugurait ainsi une longue série de travaux qui par la suite vinrent apporter un peu de lumière sur les rapports si complexes qui unissent la sclérose en plaques et l'hystérie.

Rendu d'après Westphall, Maguire et deux observations personnelles, rattachent ces cas de « *pseudo-sclérose* » à l'hystérie.

Mais, depuis ces premiers travaux, de nombreuses observations publiées ont permis de classer les faits en deux catégories :

I. — Sclérose en plaques simulée par l'hystérie.

II. — Association de la sclérose en plaques et de l'hystérie.

Ce sont les travaux de Charcot dans ses cliniques, de Souques qui dans sa thèse étudia « les syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière » ; de Dutil qui s'occupa des « tremblements hystériques » ; ce sont les « leçons sur les maladies du système nerveux » de Raymond ; la thèse de Fouquet sur la « pseudo-sclérose en plaques d'origine hystérique » ; les publications de Lacaze, qui ont permis de différencier les divers cas observés.

Nous devons une mention spéciale aux travaux dus à Montpellier ; le professeur Grasset dans ses leçons cliniques, Guibert dans sa thèse, Roger en collaboration avec Cadilhac ou dans sa thèse, le professeur Rauzier dans ses leçons cliniques, ont aussi attiré l'attention sur ces faits si intéressants.

C'est à propos de deux malades que nous avons pu étudier dans le service du professeur Rauzier, que nous avons eu l'idée de contribuer pour une faible part à la connaissance meilleure des rapports de ces deux affections, « sclérose en plaques et hystérie ».

Nous voulons étudier dans notre travail « *l'association de l'hystérie et de la sclérose en plaques* » que nous devons différencier de « l'hystérie simulant la sclérose en plaques » qui nous intéressera dans le chapitre consacré au diagnostic.

ÉTIOLOGIE

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade qui est atteint d'hystérie et de sclérose en plaques associées, la recherche des éléments étiologiques présente les difficultés habituellement rencontrées à l'origine de ces deux affections, et, s'il est difficile de connaître à quelle occasion s'est produite cette association, il n'est pas plus aisé de savoir quelle est celle des deux affections qui a commencé ou à quel moment la seconde est venue se greffer sur la première.

Nous n'insisterons pas sur les conditions générales d'âge et de sexe, qui font partie de l'étiologie banale de ces affections.

Nous insisterons plus volontiers sur la fréquence relative de cette association. On a pu, en effet, dire que : hystérie et sclérose en plaques étaient les deux affections du système nerveux qui coexistaient le plus souvent (Charcot, P. Marie).

Charcot et G. Guinon ont démontré que l'hystérie est souvent provoquée par les maladies organiques du sys-

tème nerveux et en particulier par la sclérose en plaques.

Et P. Marie a dit à ce propos :

« La sclérose en plaques est, parmi les maladies organiques du système nerveux, une de celles qui jouent le plus souvent le rôle d'agent provocateur de l'hystérie. »

Il est intéressant de rechercher les causes de la fréquence de cette association. Trois théories : émotive, par prédisposition, infectieuse, sont en présence pour l'expliquer, ainsi que M. le professeur agrégé Euzière le résumait : « Si l'on admet la théorie de Werheim sur l'hystérie, on doit envisager le rôle émotionnel énorme que joue l'apparition chez un malade, de cette sclérose aux troubles si multiples, rôle émotionnel susceptible de créer l'hystérie.

Mais on doit aussi se souvenir combien sont fréquents les troubles psychiques dans la sclérose en plaques et ne pas être étonné de voir sur ce tempérament particulièrement nerveux se développer une névrose. Ceci viendrait à l'appui de ceux qui, avec Strumpell, voient dans la sclérose en plaques une maladie d'évolution, survenue en vertu d'une sorte de prédisposition nerveuse et à l'encontre de la théorie infectieuse de la sclérose en plaques si brillamment soutenue par P. Marie. »

Nous ajouterons que les diverses conditions étiologiques banales : refroidissement, surmenage, excès et surtout traumatisme — celui-ci tant comme cause que comme agent provocateur — ont été aussi indiquées.

Il ne nous appartient pas de trancher le différend qui partage les auteurs et nous nous contentons de les citer

sans qu'il nous soit possible d'opter plutôt pour une théorie que pour l'autre.

Nous mentionnerons cependant à l'appui de la théorie émotive le cas étudié par Roger et Cadilhac dans le service du professeur Grasset et dans lequel, chez un sujet à antécédents nerveux, une émotion très vive, suivie de vomissements et de somnolence, fut le début de l'affection pour laquelle fut porté le diagnostic d'« hystérie et sclérose en plaques associées ».

Nous avons retrouvé souvent à l'origine de ces associations l'émotion vive. Nous citerons les deux cas de Rendu, le cas de Westphall dans lesquels nous trouvons une chute dans la mer, une chute dans un puits, une collision de chemin de fer. Le cas de Souques : morsure de cheval suivie de troubles oculaires, puis chute de cheval suivie à bref délai d'accidents vertigineux. Dans les deux cas que nous rapportons, le début a été précédé de préoccupations et de vives contrariétés.

SYMPTOMES

Mode de début. — Il est souvent très difficile de remonter au début de l'affection ; cependant, lorsqu'il est possible de le faire, on peut trouver soit des symptômes de sclérose en plaques, soit des signes d'hystérie.

Ces signes établis, d'autres symptômes se surajouteront, venant accuser la coexistence de l'autre affection. Parfois la malade était depuis longtemps déjà connue comme atteinte de l'une des deux maladies, par exemple nous avions affaire à une hystérique avérée.

I. — Nous avons donc à considérer un premier mode de début par des signes de sclérose en plaques.

Roger et Cadilhac citent un cas dans lequel le début s'est fait par une diplopie passagère n'ayant duré que 15 jours environ, puis il y a eu de l'engourdissement des pieds, des fourmillements dans les jambes avec faiblesse légère et tremblement au niveau des membres supérieurs.

Rendu nous signale dans deux cas un début par du tremblement, un affaiblissement des membres inférieurs, des troubles de la station et de la démarche.

II. — Mais le début peut se faire par des signes de névrose, par exemple dans les deux cas que nous avons pu recueillir.

Dans l'observation I, il y a eu après des préoccupations, du surmenage ; de la pesanteur dans le membre inférieur droit, puis la faiblesse lui a succédé ; enfin, il y a eu une légère parésie dans le membre supérieur du même côté. On a tendance, après un premier examen, à porter le diagnostic d'hémiparésie droite hystérique, ce n'est qu'à un deuxième examen qu'on trouve le clonus du pied, le Babinski.

Dans l'observation II, le début s'est fait après une contrariété par des crises nerveuses très violentes suivies de faiblesse des membres inférieurs, avec difficulté croissante de la marche, avec sensation anormale dans les extrémités et affaiblissement de la vue. Dans le cas du Dr Zilgien, le début se fit par un bégaiement passager avec rire spasmodique, 2 ans avant la paraplégie spasmodique. Nous ne voulons pas multiplier les exemples, ces cas montrent bien la manière d'être des malades au début. Nous avons remarqué, en compulsant un certain nombre d'observations, combien était fréquent le début par tremblement et le plus souvent après une émotion violente, par exemple après une chute, un grand danger.

Etat. — Il nous serait fort difficile de décrire tous les signes qui peuvent se rencontrer dans cette association névroso-organique ; nous pensons qu'il est plus intéressant de mettre en relief les faits essentiels et en particulier les faits que l'on peut retrouver dans les deux observations que nous citons.

Il est nécessaire de rechercher tous ces divers sym-

ptômes avec beaucoup de soin, car ils sont très souvent frustes et nécessitent pour être trouvés un examen minutieux et approfondi.

Il y a tout d'abord des *phénomènes subjectifs* et parmi ceux-ci des phénomènes qui nous paraissent appartenir à une affection *organique*. Ce sont en général de la céphalée chronique, tenace ; presque toujours de la constipation, des troubles des organes des sens, que nous étudierons bientôt, des troubles urinaires : mictions impérieuses, irrégulières (obs. II). Ces phénomènes subjectifs peuvent aussi être ceux d'une *névrose* et nous aurons : Un énervement considérable avec rire et pleurer très faciles. Des troubles des organes des sens : anosmie ou hémianosmie (obs. I), troubles visuels, les objets dansant devant les yeux (obs. II). Des troubles de la sensibilité : analgésies, hyperesthésies, douleurs, celles-ci pouvant être très vives ; crises gastriques ou abdominales, douleurs en gant trop serré (obs. II), crampes spontanées ou spasmes subits, douleurs lancinantes, fulgurantes, cruciantes. Peur irraisonnée de marcher, perte du sens musculaire.

Du côté des *troubles objectifs* nous trouvons surtout du *tremblement*, celui-ci peut varier depuis une simple trémulation des doigts jusqu'au vrai tremblement de la sclérose en plques intentionnel et généralisé à la main et au bras. Il peut affecter aussi les membres inférieurs auxquels il communique une légère trémulation. On le retrouve aussi au niveau de la langue, au niveau des paupières et au niveau des yeux.

C'est surtout aux membres supérieurs cependant qu'on le rencontre, et il existe là sous forme de trem-

blement intentionnel, s'exagérant lorsque le malade veut faire un mouvement délicat.

Il y a de plus dans certains cas de véritables convulsions toniques.

Ces mouvements anormaux surajoutés prennent aussi plus rarement la forme de mouvements lents et involontaires des doigts se rapprochant des mouvements athétosiques (obs II).

Surtout au niveau des membres inférieurs, nous trouvons de la parésie spastique, les membres sont maladroits, ils sont rigides. A leur niveau, les réflexes sont exagérés ou sont au moins vifs, et si nous recherchons le signe des orteils de Babinski nous le trouvons positif et voyons que le réflexe se fait en extension. Les troubles parétiques peuvent arriver à la paralysie, et il y a alors de l'*hémiplégie* (Babinski, Mlle Blanche Edwards).

Il y a des troubles de la parole, du tremblement de la langue. Au niveau des yeux, du nystagmus, parfois des mouvements des paupières. La papille optique peut être atteinte elle aussi et en partie décolorée (obs. II).

Tous ces troubles correspondent à des lésions organiques, mais il y a de plus des phénomènes d'astasie-abasie avec peur irraisonnée de marcher ou même de se tenir debout sans aide, troubles qui appartiennent à l'hystérie.

A l'examen, l'anesthésie est complète au niveau du pharynx et du larynx, il y a, *malgré la conservation de la force dans les membres inférieurs*, des troubles violents de la marche.

La symptomatologie est donc double : nous avons d'une part des troubles moteurs ressortissant surtout de

la sclérose en plaques, et d'autre part des troubles sensitifs dus principalement à l'hystérie.

Ce sont là les principaux symptômes que nous rencontrons dans l'association sclérose en plaques et hystérie, ce sont ceux sur lesquels nous fonderons notre diagnostic.

Diagnostic. — Les difficultés du diagnostic varient avec les symptômes prédominants; il est de toute évidence qu'un tremblement intentionnel bien net sera pour nous un indice précieux.

D'autre part, nous trouvons souvent en clinique de l'*impotence des membres* inférieurs. Dans ce cas, nous éliminons rapidement la *paraplégie* par compression médullaire ou la paraplégie par méningo-myélite avec troubles sphinctériens marqués. Le *tabès*, qui possède ses signes spéciaux : Romberg, Westphall, Argyll, ne sera pas incriminé.

Avons-nous affaire à de la *sclérose en plaques?* le tremblement, le nystagmus, les mouvements anormaux, les troubles des organes des sens, de la parole, des sphincters, les réflexes vifs, le signe de Babinski. s'ils sont nets, nous permettent d'affirmer que c'est à cette affection organique que nous avons affaire.

Mais nous trouvons aussi des crises nerveuses, une conservation de la force dans les membres inférieurs avec troubles de la marche considérables, de l'astasie-abasie, des stigmates, des troubles de la sensibilité objective ou subjective, et ces symptômes nous indiquent qu'il y a de l'hystérie.

Y a-t-il association de ces deux affections ? L'hystérie simule-t-elle la sclérose en plaques ? C'est, en somme, étudier la question délicate des pseudo-sclé-

roses ou de la simulation par l'hystérie des maladies organiques du système nerveux.

I. — *Les pseudo-scléroses* furent décrites à la suite d'observations paradoxales ; la maladie, par ses symptômes et son évolution, était diagnostiquée comme une affection organique du système nerveux, et l'autopsie ne révélait aucune altération capable d'expliquer les phénomènes morbides constatés. Elles furent d'abord signalées par Westphall, puis par Lauger, par Babinski, par Killian, par Francotte.

On admit, pour interpréter ces faits, l'existence de *névroses spéciales* distinctes de l'hystérie et susceptibles de simuler les maladies organiques du système nerveux.

Souques pense que bien souvent l'hystérie était seule en cause ; il range ces divers cas de pseudo-sclérose sous les trois chefs suivants. Cas où :

1° L'hystérie est incontestable ;
2° L'hystérie est discutable ;
3° L'hystérie ne peut être incriminée.

Et il conclut en disant, qu'en somme : Dans un premier groupe, le complexus morbide relève de l'hystérie ; dans un deuxième groupe, la névrose hystérique n'est pas en cause. Il faut alors rechercher la neurasthénie, les intoxications (alcoolisme et saturnisme), les infections chroniques méconnues. Le cadre de ces névroses inconnues se rétrécit donc peu à peu jusqu'à être rayé de la nosographie.

II. — *Simulation par l'hystérie de la sclérose en plaques.* — « L'affection hystérique, disait Sydenham en 1681, n'est pas seulement très fréquente, elle se montre

encore sous une infinité de formes diverses, et, si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à tel organe, les symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. »

L'hystérie simule tout : affections des systèmes respiratoires, digestifs, etc., affections du système nerveux. Parmi celles-ci, elle simulera de préférence les paraplégies organiques, le tabès, les amyotrophies, la syringomyélie, la *sclérose en plaques*.

Nous pouvons trouver une simulation partielle de la sclérose disséminée, lorsque chez une hystérique apparaît le tremblement intentionnel (thèse de Dutil) ; ce tremblement est assez rarement observé à l'état de pureté (observations de Pitres, de Souques). Dans ces cas simples, après avoir recherché les stigmates de la névrose, nous éliminerons l'affection organique par l'absence de nystagmus, l'état des réflexes tendineux, le signe de Babinski.

Mais nous pouvons aussi nous trouver en présence de malades qui, en plus du tremblement intentionnel, ont des troubles de la démarche, la parole lente et scandée, les vertiges, les troubles visuels. C'est à des cas semblables qu'il faut rapporter les observations décrites comme des *pseudo-scléroses*.

L'identité avec la sclérose multiloculaire est d'autant plus frappante que parfois le début est le même, se faisant par de la céphalalgie, des vertiges, attaques épileptiformes ou apoplectiformes suivies d'hémiplégie (observations de Charcot, de Souques). Puis s'installent les signes cliniques simulateurs.

Comment résoudre le problème? Nous devrons d'abord établir que notre malade est hystérique. Ce point posé,

il ne nous restera plus qu'à savoir si l'hystérie simule la sclérose en plaques, ou s'il y a association des deux affections.

Ce point est capital, c'est lui qui nous permettra de prévoir l'évolution de la maladie, c'est lui qui guidera notre thérapeutique. Il faut rechercher minutieusement les divers symptômes, les antécédents, l'évolution de la maladie et ne négliger aucun indice.

Dans l'**hystérie simulant** la sclérose en plaques, nous trouvons :

1° Dans la **période de début** :

a) *Les vertiges.* Ce sont des crises véritables d'hystérie avortée (Souques), céphalalgie, battements dans les tempes, brouillards devant les yeux, et non le vertige spécial à caractère cérébelleux de la sclérose en plaques.

b) *Les attaques* apoplectiques ou épileptiformes sont souvent précédées d'une *aura* typique. Elles sont suivies de paralysies présentant tous les caractères des paralysies hystériques.

2° Dans la **période d'état** :

c) *Le tremblement* dans l'hystérie existe assez souvent au repos. Les mouvements le rendent plus étendu mais non plus fréquent, il est fugace, variable, rapide. D'après Charcot il est provoqué, arrêté, exagéré par la compression des zones hystériques. Son unilatéralité est en faveur de l'hystérie (Remlinger a noté cependant un tremblement unilatéral non organique).

d) *Troubles de la parole* : C'est plutôt du bégaiement, et de plus ces troubles sont fugaces et variables.

e) *L'état mental* est spécial, le malade est taciturne et pleureur plutôt que gai, ce qui est plutôt décrit comme un caractère retrouvé dans la sclérose en plaques.

f) *Les troubles oculaires* sont très importants : ici, au

lieu du nystagmus, des lésions de la papille (signe de diagnostic très important) de l'amblyopie ou de la cécité permanente, d'un rétrécissement inégal du champ visuel, nous trouvons des paralysies associées, variables, du rétrécissement concentrique, de l'amblyopie ou de la cécité transitoire, de la dyschromatopsie (Charcot). Dans la sclérose en plaques, la dyschromatopsie est semblable à celle du tabès, le bleu et le jaune sont le mieux conservés. Dans l'hystérie, c'est le rouge. Dans la sclérose en plaques, les troubles visuels, s'ils existent, sont unilatéraux ordinairement.

g) *L'état des réflexes* peut nous donner de grandes indications, mais l'hystérie peut exagérer les réflexes ; Roger, dans sa thèse, a bien étudié cette question de l'exagération des réflexes sans lésion organique associée.

h) Guinon admet que l'*hémianesthésie* est décrite à tort par certains auteurs comme un symptôme de sclérose en plaques, elle appartiendrait en propre à l'hystérie.

L'étude des antécédents et de l'évolution nous aideront aussi à porter le diagnostic d'hystérie simulant la sclérose en plaques.

II. — Dans **l'association** de l'hystérie et de la sclérose en plaques, le problème est délicat et Oppenheim a pu dire que : « Dans ces cas, l'embarras est parfois tel, que la solution du problème soulève les plus grosses difficultés et qu'au point de vue symptomatique il n'est pas toujours possible de faire la part respective de l'hystérie et de l'organopathie spinale. »

Nous avons indiqué les grandes lignes directrices de ce diagnostic en donnant les signes du diagnostic de la simulation de la sclérose en plaques par l'hystérie.

Dans l'association névroso-organique nous avons les signes des deux affections :

D'une part, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, signe de Babinski, faiblesse musculaire, tremblement nul au repos survenant à l'occasion des mouvements volontaires, nystagmus, troubles pupillaires.

D'autre part, anesthésie cornéenne et pharyngée, zones hystérogènes, émotivité, nervosisme du sujet, troubles de la marche avec force musculaire conservée.

C'est la coexistence de ces divers symptômes qui nous fera faire le diagnostic, et nous insisterons surtout avec M. le professeur Rauzier sur l'*état des réflexes*, en tenant compte des restrictions mises en valeur par Roger (exagération des réflexes tendineux par l'hystérie seule, fait rare), le signe de Babinski, l'examen de la *papille optique* qui nous montre des lésions, la *lymphocytose du liquide céphalo-rachidien*.

Ce signe a été signalé par Carrière dans 3 cas, puis étudié par Babinski, Simonin, Sicard, Roger. Quoique pas très fréquent dans la sclérose en plaques, il permet, s'il existe, d'affirmer que l'hystérie n'est pas seule en cause.

Enfin François, dans sa thèse, a indiqué quelques modifications du sang ; en particulier, une mononucléose qui indiquerait l'existence de la sclérose en plaques.

L'évolution de la maladie nous aidera aussi à porter le diagnostic de cette association névroso-organique. Enfin, dans certains cas, les données anatomiques de l'autopsie ont pu venir confirmer le diagnostic, en montrant soit l'intégrité des centres nerveux, soit la présence à leur niveau de plaques de sclérose.

Nous avons insisté sur le diagnostic, parce qu'on en

comprend l'importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Nous devons cependant ajouter quelques mots sur le diagnostic de l'hémiplégie chez un malade atteint de sclérose en plaques. Babinski et Mlle Blanche Edwards l'ont particulièrement étudié. Ce diagnostic est particulièrement délicat, parce que ces hémiplégies sont assez souvent hystériques, et que d'autre part certaines hémiplégies organiques de la sclérose en plaques paraissent pouvoir être *transitoires*. Dans ces cas, le signe de Babinski, surtout s'il est limité du côté hémiplégié, possède une très grande signification. Cette signification devient plus certaine si nous trouvons un ou plusieurs des signes si minutieusement décrits d'hémiplégie organique : signe de paucier, perte du tonus, troubles des réflexes, déviation de la langue, flexion combinée de la cuisse et du tronc.

D'après Mlle Edwards, l'hémiplégie de la sclérose en plaques surviendrait ordinairement après une attaque apoplectique, et il ne serait pas rare de la voir céder et reparaître à plusieurs reprises, soit du même côté, soit alternativement des deux côtés ; elle s'accompagnerait parfois de paralysie faciale ou d'aphasie.

Le pronostic ne peut être semblable chez deux malades dont l'une est une hystérique simulant une sclérose en plaques qui pourra un jour guérir subitement, et dont l'autre est à la fois hystérique et porteur d'une lésion anatomique des centres nerveux. Dans ce cas, qui nous intéresse plus particulièrement, les phénomènes morbides tendent à progresser, et c'est le plus souvent par des phénomènes bulbaires que survient la terminaison fatale.

TRAITEMENT

Dans les pseudo-scléroses, ou d'une façon plus générale dans l'hystérie simulatrice de la sclérose en plaques, on obtient parfois des guérisons rapides. Celles-ci sont obtenues soit par la suggestion, soit à l'aide d'une thérapeutique spéciale variant avec les auteurs : Lemoine a guéri sa malade par le bleu de méthylène ; Carrière a obtenu la guérison par une ponction lombaire.

On peut ainsi obtenir, sinon la disparition complète de toute manifestation morbide, du moins des améliorations considérables.

Mais, dans les cas d'association d'hystérie et de sclérose en plaques, la thérapeutique nous donne des résultats bien moins favorables.

Pour Brouardel et Gilbert, puisqu'il n'y a pas de traitement curatif, il faut mettre en œuvre une thérapeutique tonifiant l'organisme et dépurative. A la fois, employer le traitement spécifique, enfin traiter les symptômes, et ils préconisent en particulier l'emploi du *véronal* contre le tremblement.

Souques employa chez un malade les douches froides

et l'antipyrine à dose élevée (6 gr. par jour) et obtint une amélioration des troubles urinaires, mais rien au point de vue nerveux.

Roger et Cadilhac, dans un cas semblable, ont institué le traitement mercuriel (biioduré) et un traitement électrique. Ils ont ainsi obtenu une amélioration du côté du tremblement et de la dysarthrie, ainsi qu'une diminution de l'exagération des réflexes.

Le professeur Rauzier, dans les deux cas dont nous rapportons l'observation, a institué un traitement dirigé à la fois contre la névrose et contre la lésion organique. Douches et bains tièdes. Iodure. Tabouret électrique. Galvanothérapie et radiothérapie médullaire.

Il était utile de poursuivre un semblable traitement pendant un temps assez long, malheureusement ces deux malades comme les névrosiques étaient impatientes, et au bout de quelques jours seulement elles n'ont pas voulu attendre les bienfaits de cette thérapeutique qui, à leur gré, tardaient trop à se manifester.

OBSERVATIONS

Observation I

(Service du Professeur Rauzier)

Pég... Marie-Marguerite, institutrice, âgée de 34 ans, entre dans le service du professeur Rauzier, le 11 octobre 1910, pour une « douleur » dans le côté droit du corps.

Les troubles actuels ont débuté, il y a quatre mois, en juillet 1910, à la suite de surmenage et de préoccupations d'ordre moral, par une sensation de pesanteur dans le membre inférieur droit ; puis est survenue de la faiblesse de ce membre ; la marche a été de plus en plus gênée.

Enfin un léger degré de parésie s'est installé dans le membre supérieur droit.

Actuellement la malade déclare avoir beaucoup de difficulté à marcher ; elle ne peut se passer de sa canne ; elle a du dérobement de ses jambes et elle est tombée plusieurs fois.

Elle peut se servir de son bras droit, notamment pour se coiffer, boire, manger, mais sa main tremble et il lui est arrivé de laisser tomber quelques gouttes

des liquides qu'elle porte à sa bouche. Elle a de la difficulté pour saisir les objets de petite dimension, pour exécuter quelques actes un peu délicats, comme écrire, dessiner. Elle a parfois quelques mouvements involontaires dans ses membres inférieur ou supérieur droits. Les sphincters ont un fonctionnement normal : parfois cependant la miction est un peu difficile.

De temps en temps, la malade éprouve quelques douleurs, d'ailleurs peu intenses, dans la région lombaire, le long des tibias : ces douleurs ne sont pas irradiées.

Elle ressent fréquemment une céphalée unilatérale, durant près d'un jour, mais ne s'accompagnant pas de vomissements. Elle déclare sentir moins de la narine droite, avoir moins de goût au niveau de la moitié droite de sa bouche et de sa langue, y voir moins de l'œil droit, entendre moins de l'oreille droite.

La mémoire est bien conservée, ainsi que l'intelligence, mais les facultés émotives sont frappées ; la malade, au cours de l'interrogatoire, se met à rire sans raison, et elle dit pleurer aussi facilement. Elle n'a pas actuellement de crises nerveuses, mais elle est très énervée, elle n'a pas le sommeil troublé ; elle n'accuse pas de phobies d'aucune sorte.

Rien à signaler du côté des autres appareils, sauf quelques troubles digestifs très variables, consistant en constipation et en renvois ne survenant que lorsque l'alimentation déplaît à la malade. Pas d'albumine dans les urines. Il y aurait un certain amaigrissement : le poids actuel est de 44 kilogs, alors qu'il était autrefois de 50.

Tels sont les troubles dont se plaint la malade, troubles qui paraissent surtout consister en une hémiparésie droite ; mais nous devons ajouter que ses réponses sont

loin d'être concordantes, suivant la personne qui l'interroge ou même au cours d'un même interrogatoire.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, fièvres intermittentes en Espagne; à l'âge de 12 à 13 ans, gastralgie et anémie assez prononcée. Le passé nerveux est surtout intéressant chez cette malade. Il y a 11 ans, un matin au réveil, la malade ne sent plus ses jambes dans son lit, et est obligée de les toucher pour se rendre compte de leur existence. Elle peut fort bien les remuer; quand elle se lève, elle n'est pas gênée pour marcher et évite très facilement les obstacles qui sont sur son chemin. Cette anesthésie dure trois mois, puis disparaît aussi brusquement qu'elle est apparue. Trois ans après, la malade éprouve de la parésie dans les membres supérieurs, le médecin qui la soignait alors aurait trouvé à la mensuration un centimètre de moins du côté droit. Ce médecin essaie, pour guérir cette parésie, le sommeil hypnotique et l'électrothérapie. Depuis lors, la malade a eu, à deux périodes qu'elle ne peut guère préciser, une crise de parésie ayant porté tantôt sur les membres supérieurs, tantôt sur les membres inférieurs. Depuis cette époque, elle ne marchait pas aussi facilement que tout le monde.

A son dire, elle n'a jamais eu de crises nerveuses.

Antécédents héréditaires. — Sans importance, pas d'hérédité nerveuse dans la famille.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme assez maigre, au regard vague et brillant, et qui s'émotionne facilement. *Membres inférieurs*: la malade soulève bien chacun de ses membres séparément; quand elle les soulève ensemble, tous deux retombent, au bout d'un certain temps, simultanément. Les mouvements des divers segments articulaires sont effectués avec aisance

mais avec un peu moins d'énergie du côté droit. Il n'y a pas de contracture. Dans l'acte de s'asseoir la malade détache à la fois les deux jambes du plan du lit ou bien seulement le membre inférieur gauche (membre pour lequel elle n'accuse pas de parésie).

Quand on veut la faire tenir debout, elle vacille sur ses jambes, mais résiste bien quand on la pousse par derrière en essayant de la faire tomber. Elle a une marche très incertaine : il y a un peu de spasticité du membre inférieur droit, qui est raide et fauche légèrement. Ce qui domine dans cette démarche, c'est la peur irraisonnée que la malade a de marcher sans appui. Avec la canne, la marche est un peu moins hésitante, quoique cette canne serve peu comme support. La marche du flanc se fait mieux quand elle se dirige du côté gauche (côté sain).

La sensibilité au tact et à la douleur est normale au membre inférieur droit, légèrement diminuée dans le membre inférieur gauche et dans la moitié gauche de l'abdomen. La sensibilité thermique est normale des deux côtés. La sensibilité profonde est conservée.

Les *réflexes* rotuliens sont vifs et entraînent à droite de fausses secousses de trépidation épileptoïde. Pas de clonus du pied, pas de clonus de la rotule. Le chatouillement léger de la plante du pied ne détermine au début aucun réflexe : après une série d'explorations légères, il y a, à plusieurs reprises, redressement du gros orteil et des orteils voisins, s'accompagnant le plus souvent de relèvement de tout le pied ; mais pendant qu'on détourne l'attention de la malade, pendant qu'on la fait parler, par exemple, le réflexe n'existe plus.

Membres supérieurs : Le membre supérieur droit, membre dont la malade se plaint, a, dans son ensem-

ble et dans les mouvements de chacun de ses segments pris en particulier, une motilité normale : toutefois la malade résiste un peu moins à droite qu'à gauche, et, quoique ayant sa force conservée dans les doigts et notamment dans les mouvements d'opposition du pouce aux autres doigts, elle a quelques difficultés à saisir les petits objets qu'on lui présente. Léger tremblement de la main droite ne s'accentuant pas par l'acte.

Sensibilité diminuée dans le membre droit.

Face : motilité normale.

Parole légèrement scandée (la malade dit avoir un peu de difficulté à remuer sa langue).

Yeux : Pas de troubles de la motilité oculaire. Clignement fréquent de l'œil gauche ; pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas de zone hystérogène. Anesthésie pharyngée et cornéenne complètes.

En présence des antécédents nettement névrosiques de cette malade, de son aspect général, du caractère de ses troubles parétiques insuffisant pour expliquer la difficulté de la marche, de l'astasie-abasie, des quelques troubles sensitifs, du signe de Babinski peu net, on a tendance à porter plutôt le diagnostic d'*hémiparésie droite hystérique*, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une lésion organique à contrôler plus tard. Or, dans un second examem fait quelques jours après, on trouve un véritable clonus du pied, tant du côté droit que du côté gauche : le signe de Babinski est très net aux deux pieds, dès la première excitation, et proportionnel à l'intensité de l'excitation; ce signe de Babinski est obtenu aussi bien quand on détourne l'attention de la malade en la faisant causer. Le diagnostic de lésion organique

associée à l'hystérie est indiscutable ; et cette lésion organique donnant un clonus des deux pieds, un Babinski bilatéral, ne peut être dans l'espèce qu'une sclérose en plaques.

On institue un traitement dirigé à la fois contre la névrose et contre la lésion organique : douches tièdes, tabouret électrique, radiothérapie médullaire. Mais la malade, impatiente, sort une vingtaine de jours après son entrée.

Observation II

(Service du Professeur Rauzier)

Zi... Marie, sans profession, âgée de 34 ans, entre le 8 décembre 1910, salle Espéronnier, n° 26, dans le service du professeur Rauzier, pour une impotence des membres inférieurs, particulièrement appréciable pendant la marche.

Histoire de la maladie : Il y a 3 ans, à la suite d'une vive contrariété, la malade a été prise de violentes crises nerveuses se répétant assez fréquemment, jusqu'à 8 fois dans la même journée. Les crises débutaient par une sensation anormale de froid dans le dos ; elles étaient constituées par des convulsions généralisées, accompagnées de cri et de sensation de boule au gosier : Il n'y a eu ni perte de connaissance complète, ni morsure de la langue, ni émission d'urine.

C'est à la suite de ces crises que les troubles actuels ont commencé : Faiblesse progressive des membres

inférieurs, difficulté croissante de la marche, sensation anormale dans les extrémités, affaiblissement de la vue.

Actuellement, la malade se plaint surtout de ne pouvoir marcher. Elle remue bien les membres inférieurs dans son lit, mais elle ne peut marcher toute seule; elle perd l'équilibre et tombe ; elle n'a pas toutefois de dérobement des membres inférieurs. Soutenue par un aide, elle peut faire quelques pas; dans ces conditions, elle marcherait peut-être avec plus de facilité la nuit que le jour.

Elle présente quelques troubles du côté des sphincters : constipation nécessitant des laxatifs quotidiens, et surtout troubles urinaires ; mictions impérieuses, avec parfois de l'incontinence, quand la malade n'a pas le temps de gagner un endroit propice à l'exonération de sa vessie ; plus rarement, miction difficile, sans qu'il y ait jamais eu de rétention complète. Ses urines sont assez souvent troubles, mais ne le deviennent que par refroidissement.

La malade se sert de ses mains pour les actes usuels, pour manger, boire, s'habiller, se peigner. Elle tient bien les objets qu'elle a dans sa main ; mais elle a quelques difficultés pour des actes plus délicats, comme celui de se boutonner.

Au point de vue sensitif, la malade n'éprouve pas de douleurs au niveau de ses membres, de sa colonne vertébrale, ni de sa tête; mais elle a parfois une sensation de constriction aux pieds et aux mains, sensation que la malade compare à des gants trop étroits qui lui serreraient les doigts.

Elle a quelques troubles oculaires : la vue est trouble avec quelques mouches volantes. Il semble à

la malade que les objets dansent devant ses yeux « tout comme dans un cinématographe ». Il n'y a pas de diplopie, pas d'insomnie, pas de cauchemars, pas de crises nerveuses, actuellement du moins.

Du côté des autres appareils, rien d'autre que de temps en temps quelques douleurs hépatiques subaiguës avec décoloration des matières et malaises *nerveux*, mais sans coliques proprement dites.

Antécédents personnels. — A l'âge de 7 ans, arthrite du genou droit consécutive à une chute dans un escalier. Cette arthrite aurait été prise au début pour une douleur de coxalgie rapportée au genou. Après divers traitements, la malade a été soumise par Verneuil à l'immobilisation, aux ponctions et injections modificatrices, guérison par ankylose au bout de trois à quatre ans. Après cette arthrite, la malade, qui refusa toute tentative de mobilisation, jouit d'une bonne santé et se livra à tous les exercices des jeunes filles de son âge.

Mariée à 22 ans, elle a quatre enfants actuellement en bonne santé, âgés de 9 ans, 7 ans 1/2, 5 ans et 3 ans. C'est peu après sa quatrième grossesse que sont survenus les accidents actuels.

Il y a dix-huit mois, alors que la malade habitait la Russie méridionale, avortement provoqué à 2 mois et 1/2 pour cause de vomissements incoercibles et d'un très mauvais état général.

Enfin le 1er mai dernier, quinze jours après une chute, expulsion spontanée d'un embryon d'environ 8 semaines, d'après les renseignements fournis par le médecin traitant (docteur Roques, de Berjac).

Il y a sept ans, violente crise de coliques hépatiques avec vomissements, décoloration des fèces, ictère. Ces

accidents durèrent quatre mois ; depuis lors, quelques crises de coliques hépatiques frustes.

Pas de syphilis : pas de maux de gorge tenaces, de boutons sur la peau, ni de chute des cheveux.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte à 40 ans d'une maladie de foie. Une sœur aînée morte quelques heures après la naissance. Deux frères en bonne santé, l'un jumeau, l'autre plus jeune de 18 mois. Deux autres frères morts en bas âge (méningite ?). Sa mère aurait eu par la suite trois fausses couches.

Examen : Il s'agit d'une jeune femme de complexion forte et en très bon état général.

De condition et d'intelligence beaucoup plus élevées que les malades habituelles de nos salles (il s'agit de la femme d'un ingénieur) elle s'est minutieusement observée et a pu nous faire un récit détaillé de ses sensations.

Motilité. — Membres inférieurs. — La malade soulève bien, sans difficulté, chacun des deux membres et tous les deux simultanément. En dehors des mouvements du genou droit atteint d'ankylose ancienne, les mouvements des divers segments articulaires, flexion et extension des pieds, de la hanche, adduction et abduction de la cuisse se font avec assez de force. Il n'y a pas de contracture, et les masses musculaires présentent un aspect normal : le genou droit est plus volumineux que le genou gauche.

Si l'on fait descendre la malade de son lit, elle se tient à peine droite sans qu'on ait besoin de la soutenir; au cours de la station debout, elle tient ses mains tendues et ses bras écartés du tronc, dans l'attitude d'une personne qui a peur de tomber. Elle ne peut marcher seule. Lorsqu'on la sou-

tient, elle marche, mais d'une façon désordonnée, jetant ses jambes de ci de là : il s'agit beaucoup plus d'incoordination et d'astasie-abasie que de démarche spastique.

Colonne vertébrale : Normale ; pas de déformation, pas de douleur à la pression, pas de Kernig.

Membres supérieurs : Tous les mouvements sont possibles. La malade serre bien la main, oppose avec force son pouce aux autres doigts, a ses mouvements du coude, de l'épaule normaux. Pas de tremblement des mains au repos et pas de tremblement au cours des mouvements volontaires. Quelques mouvements lents et involontaires des doigts se rapprochant des mouvements athétosiques.

Face : La malade siffle, souffle normalement, fait bien la grimace unilatérale. Elle a eu il y a quelques mois un léger spasme des masseters qui l'empêchait de parler rapidement. Actuellement sa parole est normale, mais la malade dit avoir de temps en temps quelque difficulté de ce côté.

Voile du palais. Langue : Contraction normale.

Sensibilité : à la douleur, au tact, à la chaleur et au froid conservée et égale dans les membres, le tronc et la face.

Réflexes : rotulien, à gauche, réflexe vif ; à droite, à cause de l'ankylose du genou, il n'y a pas de mouvement du pied, mais on voit, lors de la pression du tendon, le quadriceps se contracter nettement.

Pas de clonus du pied.

Réflexes plantaires : Lors de la plupart des examens il est impossible de déterminer ce réflexe ; toutefois à deux reprises il y a eu des deux côtés ébauche d'extension du gros orteil.

Réflexes du membre supérieur : Vifs.

Pas de réflexe masseterin.

Jeux : Mobilité normale. Quelques secousses de nystagmus horizontal, quand la malade fixe son œil vers la limite extérieure du champ visuel ; parfois quelques secousses de nystagmus vertical. Pupilles égales, régulières, très contractiles. Le champ visuel paraît normal pour le blanc. L'examen d'un tracé, pris en octobre 1909, montre un léger rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs (analogue à ceux qu'on rencontre au début de l'atrophie optique). Un examen du fond d'œil, fait à cette époque à Vienne (Autriche), montrait d'ailleurs une décoloration de la papille.

Notre malade, qui est à peine restée quelques jours dans le service, est partie, juste au moment où l'on allait déterminer son état oculaire actuel.

La recherche des stigmates névrosiques est négative : pas de zone hystérogène, pas d'hémianesthésie, pas d'anesthésie conjonctivale ni pharyngée.

Appareil respiratoire : normal.

Appareil circulatoire : légère tachycardie.

Appareil digestif : langue un peu grise, foie normal ; pas de douleur vésiculaire ; rate normale.

Analyse d'urines : quantité, 1400. Densité, 1014. Réaction acide. Urée, 13 gr. 07 par litre. Chlorures, 9 gr. 90. Phosphates, 1 gr. 15 ; se divisant en alcalins, 0 gr. 75, et terreux 0 gr. 40. Pas de glucose. Traces d'albumines. Léger dépôt constitué par des globules de pus.

Discussion du diagnostic. — En somme, les troubles les plus importants présentés par cette malade consistent dans l'impotence des membres inférieurs. Le tableau que nous avons tracé nous permet d'éliminer rapidement la paraplégie par compression médullaire (par exemple par

un mal de Pott) auquel on devrait penser à cause de la tuberculose articulaire antérieure ; mais il n'y a ni douleur, ni déformation de la colonne vertébrale), ou la paraplégie par méningo-myélite, paraplégie qui est très marquée et s'accompagne de troubles sphinctériens bien accentués. D'ailleurs, les troubles des membres inférieurs sont plutôt des troubles d'incoordination que des troubles parétiques. Le tabès, auquel l'incoordination avec conservation de la force musculaire pouvait faire penser, n'est nullement en cause ici: pas de Romberg, pas de Westphall, pas d'Argyll.

Deux hypothèses sont surtout à envisager :

La sclérose en plaques : en faveur de cette affection médullaire nous avons l'incertitude de la marche, les légers troubles sphinctériens, les mouvements anormaux, les quelques troubles de la parole, de la vue (léger nystagmus), les réflexes vifs, l'ébauche de Babinski ; mais tous ces signes, sauf les troubles de la marche, sont très atténués et ne sont pas tous absolument nets.

L'*hystérie* : Le début à la suite de crises nerveuses, l'attitude astasique-abasique, l'intensité paradoxale des troubles de la marche comparés à la conservation de la force musculaire des membres inférieurs, plaident en faveur de la névrose.

Dans la discussion de ce diagnostic, nous sommes loin d'*agiter* des hypothèses purement spéculatives puisque les trois derniers diagnostics ont été successivement portés pendant le cours de la maladie par des médecins divers.

1° Celui de *tabès* aurait été porté tout à fait au début en Russie à Kharkow par le docteur Trachtenberg. Nous émettons toutefois ici quelques réserves sur l'af-

firmation de notre malade, n'ayant aucun document qui fasse mention d'un pareil diagnostic.

2° Il n'en est pas de même pour celui de sclérose en plaques porté en octobre 1909 à Vienne par le professeur Fraenkel, et basé, d'après la consultation écrite que nous avons entre les mains, sur les signes suivants : « raideur de la nuque ; symptôme de Babinski et d'Oppenheim ; réflexes plus forts ; nystagmus ; décoloration de la papille du nerf optique. »

3° Enfin le diagnostic d'*hystérie pure* a été porté plus récemment à Paris par le docteur Barth.

Il est, croyons-nous, possible de concilier ces deux diagnostics. Notre malade est certainement une hystérique : crises antérieures précédant immédiatement les troubles moteurs actuels ; démarche astasique-abasique, mais elle a aussi des signes de lésion organique, indubitable, se rattachant nettement au tableau de la *sclérose en plaques ;* ce sont surtout le signe de Babinski qui n'était sans doute pas très intense lors de notre examen, mais qui avait été déjà noté antérieurement, les lésions du fond de l'œil, enfin la légère incontinence d'urine, incontinence qui est bien rarement simulée par l'hystérie. Il s'agit donc bien de sclérose en plaques associée à l'hystérie. La ponction lombaire, en montrant la présence d'une lymphocytose légère mais suffisamment nette, ne fait que confirmer ce diagnostic de lésion organique.

La malade est soumise aux douches tièdes, au tabouret électrique et à la radiothérapie, mais au bout de quelques jours elle s'ennuie et comme baucoup de névrosiques elle part sans avoir la patience d'attendre les bénéfices toujours un peu lointains qui pourraient résulter d'un pareil traitement. Voici, sur l'évolution ultérieure de la maladie, quelques renseignements qui viennent de nous

être très aimablement fournis ces jours derniers (fin mai) par le médecin traitant (Dr Roques, de Berjac) :

Il n'est aucun changement dans son état depuis son retour de Montpellier. Depuis lors, aucune amélioration ni aggravation des symptômes qu'elle présentait. Même impotence du côté des membres inférieurs ; aux membres supérieurs l'amélioration persiste : la malade peut écrire à peu près lisiblement alors qu'elle ne pouvait le faire il y a 2 ans. Les mains sont cependant assez maladroites : mais on n'observe pas le tremblement intentionnel, à amplitude et à rapidité croissantes. Embarras très léger de la parole. Pas de troubles de l'intelligence.

Du côté viscéral, trouble de la vessie marqué par un ou deux arrêts dès l'écoulement de l'urine pendant la miction.

La malade est enceinte depuis quatre mois et demi. Cette grossesse évolue normalement et ne paraît pas influencer sur symptôme myélitique.

CONCLUSIONS

L'étude si intéressante de l'association névroso-organique de l'hystérie et de la sclérose en plaques nous permet de poser les conclusions suivantes :

I. — Cette association est assez fréquente, et, parmi les affections du système nerveux, l'hystérie et la sclérose en plaques sont peut-être celles qui coexistent le plus souvent.

II. — Nous nous trouvons dans une grande incertitude pour remonter aux véritables causes de cette association. Nous avons insisté sur le rôle de l'émotion, des préoccupations d'ordre moral.

III. — La symptomatologie est double : troubles moteurs dus surtout à la sclérose en plaques, troubles sensitifs dus à l'hystérie.

IV. — Le diagnostic doit être fait surtout entre :

1° L'hystérie simulant la sclérose en plaques ;

2° La sclérose en plaques et l'hystérie associées.

Il faut pour cela rechercher en particulier : l'état des réflexes, le signe de Babinski, faire l'examen du fond d'œil, étudier la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Nous avons insisté sur le diagnostic car il est, on le comprend, très important pour le pronostic et pour le traitement.

V.— La thérapeutique varie avec les auteurs, elle est décevante dans ses résultats.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 décembre 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BABINSKI. — Gazette des hôpitaux, 11 octobre 1904.

— Gazette des hôpitaux, 5 et 8 mai 1900.

BARDONNE.— Thèse de Paris, janv. 1908.

BONNE. — Lyon médical, 13 déc. 1896.

BUZZARD. — Annal. médic. psych., 1893.

CARRIÈRE. — Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques (Soc. biol. 23 mars 1901).

CHARCOT. — Clinique des mal. du syst. nerveux.

COCHÈZE. — Archives de neurologie. Nov. 1892.

DUTIL. — Contribution à l'étude clinique du tremblement hystérique (Thèse de Paris, 1890).

EDWARDS (M^lle^ Blanche). — *In* traité médecine Charcot, Bouchard, Brissaud.

FOUQUET. — Pseudo-sclérose en plaques d'origine hystérique (Thèse Lille, 1901).

FRANÇOIS. — Thèse de Paris, 1908-1909.

GRASSET. — Leçons cliniques, 1890-1895.

GUIBERT. — Thèse de Montpellier.

GUINON. — Thèse de Paris, 1887.

LACAZE. — Thèse de Toulouse, 1907-1908.

OPPENHEIM. — Neurol. Central. 15 août 1890.

PITRES. — Progrès médical, 1889.

RAYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux (1901). T. V.

REMLINGER. — Revue de Médecine, 10 mars 1899.

RENDU. — Soc. médic. des hôpitaux, 12 avril 1889.

ROGER et CADILHAC. — Sclérose en plaques et hystérie (Soc. des sciences médicales de Montpellier, 1er février 1907).

ROGER. — Exagération des réflexes tendineux dans l'hystérie (Thèse Montpellier, 1908).

SIMONIN. — Sclérose en plaques fruste à début spinal. Leucocytose céphalo-rachidienne (Soc. méd. des hôpitaux, 1907).

SOUQUES. — Etude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière (Thèse de Paris, 1891).

— Archives générales de médecine, août 1890.

THOMAS. — Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques (Soc. biologie, 20 avril 1900).

WESTPHALL. — Archiv für Psych., 1883, Bd XIV.

— Berlin. klin. Woch., 1879, N° 9.

ZILGIEN. — Revue médecine de l'Est, 15 nov. 1905.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE